

# Protocolli di intervento cognitivo comportamentale in età adulta

## Francesco Aquilar

Presidente dell'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva e Sociale (AIPCOS)

Didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC)

*Nota: le presenti diapositive rappresentano esclusivamente un pro-memoria,  
non possono essere comprese senza i riferimenti bibliografici indicati durante la presentazione  
e non possono essere citate senza il permesso scritto dell'autore*

# Elementi della CBT attuale (Hayes & Hofmann, 2020) - 1

1. Processi comportamentali
2. Cognizione funzionale
3. Emozioni
4. Neuroscienze dei processi di base
5. Principi evuzionistici
6. Gestione delle eventualità e delle contingenze
7. Controllo dello stimolo
8. Shaping (modellamento o frazionamento)
9. Gestione di sé
10. Riduzione dell'attivazione psicofisiologica

# Elementi della CBT attuale (Hayes & Hofmann, 2020) - 2

11. Coping e regolazione emotiva
12. Problem solving
13. Strategie di esposizione
14. Attivazione comportamentale
15. Abilità interpersonali
16. Rivalutazione cognitiva
17. Modifica delle credenze di base
18. Defusione cognitiva
19. Coltivare l'accettazione psicologica
20. Scelta e chiarificazione dei valori
21. Conoscenza della mindfulness
22. Rafforzamento delle motivazioni

# Elementi della Psicologia Sociale rilevanti per la psicoterapia cognitivo-comportamentale

- 1) Cognizione sociale
- 2) Attrazione interpersonale
- 3) Influenza sociale
- 4) Atteggiamenti (descrizione, valutazione, indicazioni per l'azione)
- 5) Il Sé: autoregolazione, motivazione ed emozioni
- 6) L'aggressività
- 7) La prosocialità
- 8) Appartenenza ed esclusione sociale
- 9) Pregiudizi
- 10) Psicologia ambientale
- 11) Psicologia politica
- 12) Neuroscienze sociali
- 13) Categorizzazione sociale e stereotipizzazione

(Aquilar, 1996, 2015, 2020; Eiser, 1983; Andrightto & Riva, 2020)

# Sottotipi attuali della psicoterapia cognitivo-comportamentale

- Approccio metacognitivo interpersonale (Semerari, Carcione, Nicolò, Procacci, Dimaggio): metacognizione interpersonale (autoriflessività, comprensione della mente altrui, mastery), stati mentali, cicli interpersonali
- Approccio multimotivazionale (Liotti): teoria dell'attaccamento, sistemi motivazionali interpersonali: attaccamento, accudimento, sessualità, cooperazione, competizione, affiliazione, gioco sociale)
- Approccio basato sulla "compassion" (Gilbert)
- Approccio basato sugli schemi emozionali (Leahy)
- Dialectical behavior therapy (DBT, Marsha Linehan)
- Approccio basato sulla Behavioral Activation nelle sue evoluzioni (Lewinson, Martell, Kanter)
- Approcci bottom-up, nei quali dal rilassamento/tranquillizzazione/focalizzazione del corpo si punta a giungere ad una riduzione dei disturbi psicopatologici

# Psicoterapia cognitiva sociale

La psicoterapia cognitiva sociale (Aquilar, 2010, 2011, 2013, 2015, 2017, 2020), derivante da uno sviluppo del modello di Albert Bandura, si caratterizza fra l'altro per una costante attenzione ai contributi della psicologia sociale, intesa come lo studio scientifico dei modi attraverso cui i pensieri, i sentimenti e i comportamenti delle persone vengono influenzati dalla presenza reale o immaginaria degli altri (Allport, 1985), ed è costituita da tre aree principali:

- **a) terapia cognitivo-comportamentale (CBT)**, con attenzione specifica ai processi emotivi, metacognitivi, interpersonali e multimotivazionali;
- **b) psicologia e psicopatologia dello sviluppo** (con attenzione specifica ai processi di attaccamento, di alterazione degli stati di coscienza e di dissociazione della coscienza);
- **c) aspetti psico-sociali dello sviluppo personale**: valori, attrazione interpersonale, atteggiamenti, relazioni, carriera, creatività, antropologia culturale, significati intersoggettivi, processi di amore romantico, dimensione sociale delle emozioni

# Caratteristiche strutturali

1. Psicoterapia strategica
2. Obiettivi definiti dal paziente e concordati con lo psicoterapeuta
3. Tecniche e tattiche di assessment (valutazione e psicodiagnostica nosografica e descrittiva)
4. Piani di lavoro espliciti ed impliciti, diretti e indiretti
5. Alleanza terapeutica e relazione terapeutica come base sicura
6. Trasferimento di informazioni e di istruzioni

# Caratteristiche distintive - 1

1. Psicodiagnosi e progettazione concordata
2. Referto scritto con risorse e biblioterapia
3. Approccio a più basi sicure
4. Psicoterapeuta progettista-supervisore e psicoterapeuta principale
5. Approvazione dello psicoterapeuta principale da parte del paziente
6. Moduli trimestrali o quadrimestrali di psicoterapia, successivi o contemporanei, con obiettivi specifici, verifica e riprogettazione



# Caratteristiche distintive - 2

7. Gestione delle eventuali crisi della relazione terapeutica attraverso i due terapeuti
8. Possibilità di integrazione della psicoterapia principale (terapia psichiatrica, psicoterapia familiare, psicoterapia cognitiva di coppia, psicoterapia di gruppo, psico-educazione, mindfulness training, ipnosi cognitiva, ecc..)

# Moduli tipici

- Ricostruzione della storia di attaccamento in 10 + 2 sedute
- Validazione, contenimento e problem-solving di primo livello
- Auto-Osservazione Guidata di complessità crescente (Modello SEMPRE)
- Elaborazioni cognitivo-emotive, comportamentali, attaccamentali, multi-motivazionali, meta-cognitive e sistemiche degli episodi auto-osservati

# Fattori costitutivi - 1

1. Psicodiagnostica terapeutica ricorrente
2. Obiettivi terapeutici a breve, medio e lungo termine, con possibilità di ridefinizione
3. Auto-Osservazione Guidata (AOG), modello SEMPRE
4. Modificazione del pensiero e del comportamento
5. Identificazione delle resistenze al cambiamento

# Fattori costitutivi - 2

6. Alleanza temporanea con le resistenze al cambiamento
7. Ricostruzione della storia di attaccamento a tempo limitato
8. Riconoscimento emozionale
9. Recupero della creatività
10. Potenziamiento delle intelligenze specifiche
11. Career counseling
12. Adeguamento degli obiettivi alla fase del ciclo di vita

# Piani di intervento psicoterapeutico

1. Corpo
2. Sensazioni preverbalì
3. Comportamento
4. Convinzioni
5. Emozioni non-verbali
6. Emozioni verbalizzabili
7. Stati di coscienza
8. Livelli di consapevolezza (elaborazione AOG)

# Piani di intervento psicoterapeutico

## - 2

9. Attaccamento infantile

10. Attaccamento adulto

11. Funzioni meta-cognitive

12. Significati espliciti ed ipotesi di significati impliciti

13. Presente qui-ed-ora

14. Progetti per il presente e il futuro prossimo

15. Ridefinizione del passato e del futuro remoti

16. Legittimare e ridimensionare

# La conversazione terapeutica in PCS - 1

- Primo incontro: fondamenti di alleanza
- Incontri di verifica: comunicare e meta-comunicare sull'esperienza della psicoterapia
- Fattori da indagare: intensità, frequenza e durata degli episodi critici
- Sedute ordinarie: “Allora, come sta?”
- Condivisione di attività personali e del sistema di vita; emozioni prevalenti; problemi emergenti
- Cicli interpersonali ricorrenti
- Stati mentali tipici e strategie di coping

# La conversazione terapeutica in PCS - 2

- Memoria integrativa
- Incremento indiretto di competenza emotiva, intelligenza emotiva, funzioni cognitive, funzioni meta-cognitive, umorismo compassionevole
- Dialogo neutro
- Tecniche specifiche dirette e indirette
- Riepilogo dei temi trattati
- Suggerimenti comportamentali e homework



# Psicoterapia scientifica: elementi efficaci derivanti da altri modelli psicoterapeutici

- Psicoterapia interpersonale: riorganizzazione dei ritmi sociali e interpersonali (Ellen Frank)
- Psicoterapia umanistica: riorganizzazione dei temi riguardanti la speranza (Richard C. Snyder)
- Psicoterapia psicodinamica: terapia focalizzata sul transfert (Otto Kernberg, 2023); terapia basata sull'attaccamento (Jeremy Holmes); il modello di Houston, Texas (Glen O. Gabbard)
- Psicoterapia sistemico-familiare: intimità e trame familiari (Maurizio Andolfi); polarità semantiche familiari come fattori di costruzione dei disturbi psicopatologici (Valeria Ugazio)

# Bibliografia essenziale

Per comprendere meglio la lezione di oggi è comunque consigliabile la conoscenza dei seguenti testi:

- Aquilar F. (2011), *Social cognitive psychotherapy*, in: Aquilar F., Galluccio M., eds., *Psychological and political strategies for peace negotiation. A cognitive approach*, Springer, New York.
- Aquilar F. (2014), *Riconoscere le emozioni. Terza versione*, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F. (2020), *Mai più lacrime di cocodrillo. Saper scegliere senza pentirsene*, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F., Pugliese M.P. (2010), *Psicoterapia cognitiva della depressione*, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F., Pugliese M.P. (2017), *Condividere i ricordi*, Franco Angeli, Milano.
- Beck J.S. (2013), *La terapia cognitivo-comportamentale*, Astrolabio, Roma
- Carcione A., Nicolò G., Semerari A. (2016), a cura di, *Curare i casi complessi*, Laterza, Roma-Bari
- Gilbert P. (2016), *La terapia focalizzata sulla compassione*, Franco Angeli, Milano
- Hayes S.C., Hofmann S. (2020), eds., *Process-based CBT. I processi e le competenze di base della terapia cognitivo-comportamentale*, Fioriti, Roma.
- Leahy R.L. (2016), *Emotional schema therapy, Eclipsi*, Firenze
- Liotti G. (2001), *Le opere della coscienza*, Cortina, Milano
- Liotti G., Monticelli F., Fassone G. (2017), a cura di, *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*, Cortina, Milano.
- Nicolò G., Pompili E. (2021), *Psichiatria territoriale*, Cortina, Milano.
- Woods D.W., Kanter J.W. (2016), *Disturbi psicologici e terapia cognitivo-comportamentale. Modelli e interventi clinici di terza generazione*, Franco Angeli, Milano.

# L'inizio

- Consapevolezza della comunicazione verbale e nonverbale dello psicoterapeuta o del segretario/segretaria nella prima telefonata
- Consapevolezza della comunicazione nonverbale dello psicoterapeuta e del paziente, con le implicazioni connesse (Aquilar, 1996, 2015): 1. Prosemica, lo spazio; 2. Aptica, il tatto; 3. Cronemica, il tempo; 4. Gestica, l'aspetto visuale; 5. Apparenza fisica, il look; 6. Vocalica, il tono e la prosodia; 7. Localizzazione, l'ambiente (Aquilar, 1996, 2015)
- Organizzazione intenzionale della sala d'attesa (Aquilar, 2001)
- Organizzazione intenzionale dello studio psicoterapeutico (Aquilar, 2001)

# Le 5 competenze da incrementare

1. Competenza emotiva e meta-emotiva
2. Competenza cognitiva e meta-cognitiva
3. Competenza comunicativa e meta-comunicativa
4. Competenza motivazionale e multi-motivazionale
5. Competenza negoziale e post-negoziale

(Aquilar, 2011)

# Disturbi alimentari

- Ipotesi sul valore evolutivo: Incremento della creatività
- Livello centrale: Aspettative rigide/giudizio temuto-effettuato
- Attenzione corporea: Forma del corpo, peso, stomaco, sistema gastrointestinale. Effetti associati: dispercezioni corporee visive e tattili
- Stati d'animo: delusione, indefinitezza, rabbia implosiva
- Attaccamento: disorganizzato, impaurito, oscillante
- Sistema familiare: “Gabbia d'oro” o “Finto Mulino Bianco”
- Preoccupazione: Abbandono
- Frasi: “E' meglio non esporsi, è meglio non definirsi” (Guidano e Liotti, 1979); “Dipende”; “Non lo so”; “E se..”

(Aquilar et al., 2005; Aquilar, 2012, 2015, 2020)

# Nel DSM-5-TR (2023)

- I Disturbi Alimentari sono inseriti nella categoria dei «Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione». Come Disturbi Alimentari vanno considerati:
- Anoressia Nervosa (Tipo con restrizioni; Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione)
- Bulimia Nervosa
- Disturbo da binge-eating

# La CBT-BN e la CBT-E: prove di efficacia

- La CBT-BN, nata per il trattamento della Bulimia Nervosa, è stata sviluppata da Christopher Fairburn, Università di Oxford, UK a partire dai primi anni '80 (Fairburn et al., 1981)
- Successivamente è stata superata dalla CBT-E, ovvero Terapia Cognitivo Comportamentale Potenziata (Fairburn, 2013), che si può applicare a tutti i disturbi alimentari (Fairburn, 2013; Dalle Grave et al., 2021)
- Si basa sulla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica
- Postula che alla base dei Disturbi Alimentari sia presente un'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione
- I risultati incoraggianti delle numerosissime ricerche di esito sono stati riprodotti in Inghilterra, Australia, Danimarca, Germania, Italia e USA
- In Italia questo trattamento viene svolto prevalentemente a Garda (VR) sotto la direzione del Dott. Riccardo Dalle Grave

# Libri in italiano da consultare

- Aquilar F., Del Castello E. Esposito R. (2005), a cura di, Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia, Una regia cognitiva e attaccamentale per il trattamento dei disturbi alimentari resistenti al cambiamento, Franco Angeli, Milano.
- Dalle Grave R. (2015), La terapia cognitivo comportamentale multistep dei disturbi dell'alimentazione, Teoria, trattamento e casi clinici, Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R. (2018), Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo-comportamentale, Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R. (2023), Terapia cognitivo-comportamentale del disturbo da binge-eating. La guida per i pazienti, Positive Press, Verona.



## Disturbi alimentari: prima fase del trattamento

- Nel modello cognitivo-sociale l'approccio è basato anche su attaccamento, metacognizione interpersonale e psicologia sociale applicata
- Ascolto empatico
- Definizione di accettazione da parte del soggetto del percorso terapeutico (“Lei non mi può chiedere questo” “Certo che posso chiederlo, infatti lo sto facendo”)
- Legittimazione emozioni dichiarate
- Validazione delle emozioni dichiarate
- Storia familiare del rapporto col cibo e col corpo

# Disturbi alimentari: in seduta

- Attenzione al comportamento nonverbale dei pazienti, alle espressioni del volto, al modo di camminare, alla presumibile sensazione di essere “invasi” dei pazienti
- Attenzione al comportamento nonverbale del terapeuta: self-monitoring anche sul tono di voce e sulle espressioni facciali

# Disturbi alimentari: pericoli

- Rischi di morte di anoressia e bulimia
- Rischi di suicidio
- Rischi di fallimento empatico
- Rischi di fallimento psicoterapeutico
- Rischi di seduttività
- Fase di dipendenza (necessaria)
- Ciclo idealizzazione-svalutazione (con la cerniera della delusione, fattore che manca nei borderline)

# Le ragioni dei disturbi alimentari

- Sopravvivenza in “quella” famiglia con la semantica familiare tipica: la determinazione
- Sopravvivenza in “quella” antropologia culturale
- Brillantezza del rendimento e successo sociale (standard elevati)
- Pressioni sociali alla magrezza
- Protezione dalla paura e dalla noia
- Alimentazione incontrollata: la ricerca di un «premio»

# Ricadute e regressioni

- Delusioni nella relazione terapeutica
- Difficoltà nel ripristino di comportamenti di attaccamento
- Work-addiction
- Sex-addiction
- Difficoltà nell'identificazione di genere
- Disturbi di rabbia e disgusto

# Pacificazione interna

- Fiducia in sé stessi
- Guadagnare controllo rinunciando al controllo
- Posso meritare di essere amata/o
- Posso dire di no
- Posso avere la mia e l'altrui stima senza pagarla troppo
- Posso essere ragionevolmente felice

# Diffusione sociale

- Familiari, amici, parenti
- Colleghi di lavoro
- Corteggiatori e simili
- Scritti e produzioni creative
- Affermazioni della propria individualità
- Godere delle situazioni (“ma come fai?”)
- Permanente attenzione al ciclo di vita

# Esempio clinico: Disturbi Alimentari

- Psicoterapia individuale per problemi di coppia in presenza di un disturbo alimentare
- Psicoterapia di coppia per problemi di coppia in presenza di un disturbo alimentare
- Linguaggio verbale e non-verbale
- Delusioni e aspettative
- Disgusto, rabbia e segreti di famiglia
- Alterazioni dello stato di coscienza nel vomito



# Conclusioni sui disturbi alimentari

- Dal falso sé al ritrovarsi
- Una nuova narrazione della propria vita
- Un nuovo rapporto con il corpo, il cibo, il sesso, il successo, l'amore e i significati
- Una attenzione saggia al proprio corpo
- La sensazione di esistere come persone
- Il piacere di pro-creare interrompendo una sequenza disfunzionale trans-generazionale

# Procedure specifiche: disturbi alimentari

- Ricostruzione della storia di attaccamento
- Modificazione dello stato corporeo
- Attenzione ai significati emotivi degli stati corporei
- Storia dell'atteggiamento familiare nei confronti del corpo
- Riattivazione delle sensazioni e delle emozioni provati
- Rielaborazione con presa di distanze dalle aspettative e dai giudizi
- Senso di amabilità personale

# Disturbi ossessivo-compulsivi

- Ipotesi sul valore evolutivo: Verifica
  - Livello centrale: Responsabilità/certezza
  - Attenzione corporea: Sistema gastrointestinale/pelle
  - Stati d'animo: Incertezza, dubbio, preoccupazione allarmata ("worry"), piacere-dolore nella rimuginazione ricorsiva come ansiolitico naturale
  - Attaccamento: Disorganizzato doppio a prevalenza evitante
  - Sistema familiare: Distaccato, severo, allarmato, doveristico, formalmente perfezionista
  - Preoccupazione: Sbagliare persistendo
  - Frasi: "Non sono sicuro", "Ho un dubbio/dilemma"
- (Aquilar, 2012, 2015)

# Nel DSM-5-TR (2023)

- Nel DSM-5-TR è presente una categoria indicata come: «Disturbo Ossessivo-Compulsivo e Disturbi Correlati, tra i quali si segnalano:
  - Disturbo ossessivo-compulsivo
  - Disturbo da dismorfismo corporeo
  - Disturbo da accumulo
  - Tricotillomania
  - Disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle)

# Libri in italiano da consultare

- Aquilar F., Pugliese M.P. (2017), a cura di, Condividere i ricordi. Psicoterapia cognitiva e funzioni della memoria, Franco Angeli, Milano.
- Liotti G. (2001), Le opere della coscienza, Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista, Cortina, Milano.
- Liotti G. (2015), La dimensione interpersonale della coscienza. Nuova edizione, Carocci, Roma.
- Mancini F. (2016), a cura di, La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo, Cortina, Milano
- Melli G., Carraresi C. (2023), a cura di, La terapia cognitivo comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo. Manuale completo per l'assessment e il trattamento, Erickson, Trento.
- Sanavio E. (2014), Ossessioni, Il Mulino, Bologna

# Protocolli CBT per il DOC con prove di efficacia

Dall'analisi delle ricerche, uno schema CBT aggiornato ed efficace prevede la strutturazione della psicoterapia in cinque fasi (Mancini et al. 2021; Cfr. anche: Melli & Carraresi, 2023):

1. Ricostruzione e condivisione dello schema del disturbo
2. Facilitare un grado maggiore di accettazione della minaccia di colpa
3. Esposizione con prevenzione della risposta (E/RP)
4. Ristrutturazione della probabilità attribuita alla minaccia
5. Ridurre la vulnerabilità

# Processi e strutture cognitive abnormali nei DOC

1. Senso “gonfiato” di responsabilità personale
2. Fusione tra pensiero e azione
3. Deficit della memoria delle azioni compiute
  - Aspettativa di una catastrofe (“Siccome può accader” di Cesare De Silvestri)
  - Colpa per il pensiero casuale o intrusivo
  - Ricerca della certezza assoluta di aver fatto tutto
  - Tipi principali: Ruminators, Washers

# Quando gli ossessivi chiedono psicoterapia

- Per un problema psicosomatico (inviati dal medico: gastroenterologo, dermatologo, sessuologo, etc...)
- Per un problema di realizzazione di obiettivi (studio, “concentrazione”, carriera, decisioni da prendere)
- Per un problema di coppia (o “del partner”)
- Per un problema dei loro figli (o familiari)



# Esempio clinico

## Disturbi Ossessivi

- Ipertrofia del senso di responsabilità personale
- Fusione pensiero-azione
- Deficit della memoria per le azioni
- Controlli e ricontrolli
- Sessualità ossessiva e compulsiva
- Linguaggio verbale e non verbale
- Schemi tipici ricorrenti

# Psicoterapia nei Disturbi Ossessivi

- Ricostruzione della storia di attaccamento
- Definizione dell'atmosfera familiare infantile e del sistema delle lealtà invisibili
- Training delle abilità emotive e meta-emotive
- Tecniche comportamentali e cognitive specifiche
- Progettazione di compiti alternativi (es. università/ carriera/ relazioni sociali/ significati/ utilità sociale)
- Training delle abilità romantico-comunicative
- Auto-osservazione guidata specifica autoironica
- Training della creatività
- Reindirizzamento dell'attenzione e della memoria

# Procedure specifiche: disturbi ossessivo-compulsivi

- Ristrutturazione del senso di responsabilità
- La tecnica della torta
- Focalizzazione sullo stato corporeo
- Auto-critica e vergogna
- Recupero di episodi di stati d'animo prima dell'esordio della sintomatologia
- Estinzione e prevenzione della risposta (EPR)

# Disturbi depressivi

- Ipotesi sul valore evolutivo: Ricerca di senso
- Livello centrale: Impegno gravoso, sforzo (inutile)
- Attenzione corporea: Essere avvolti da uno stato doloroso generale; spossatezza generalizzata; eventualmente alternato a: iperattivazione polisensoriale, energia
- Stati d'animo: Mancanza di senso, di desideri, di gioia; abbattimento, rabbia; (o entusiasmo iperattivo)
- Attaccamento: evitante/respingente
- Sistema familiare: elevato livello di emozioni negative espresse/ silenzio
- Preoccupazione: sopravvivere anche un solo minuto in uno stato d'animo insopportabile
- Frasi: “Non ce la faccio”, “Non ce la posso fare”

(Aquilar & Pugliese, 2011; Aquilar, 2012, 2015)

# Nel DSM-5-TR (2023)

Nel capitolo sui Disturbi Depressivi:

- Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo depressivo persistente
- Disturbo disforico premestruale

Nel capitolo sul Disturbo Bipolare e disturbi correlati:

- Disturbo bipolare I
- Disturbo bipolare II
- Disturbo ciclotimico

Nel capitolo sui Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta:

- Disturbo esplosivo intermittente

# Libri in italiano da consultare

- Aquilar F., Pugliese M.P. (2011), Psicoterapia cognitiva della depressione. Le diverse forme di depressione e i possibili interventi terapeutici, Franco Angeli, Milano.
- Leahy R.L. (2012), Vincere la depressione, Cortina, Milano.
- Leahy R.L. (2021), Non credere a tutto ciò che provi, Franco Angeli, Milano.
- Leahy R.L. (2023), Senza rimpianti. Liberarsi degli errori del passato, Cortina, Milano.
- Rainone A., Mancini F. (2018), a cura di, La mente depressa. Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva, Cortina, Milano.
- Wells A. (2018), Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione, Erickson, Trento

# Disturbi depressivi - 1

- Credenza *inconscia* che sia necessario un *grande impegno* nelle attività intellettive o lavorative per ottenere la vicinanza affettiva di un altro essere umano
- Formula paradossale: “solo un grandissimo impegno in un’attività che non riguarda le cose d’amore mi permetterà di essere amato”  
(Fonte: Liotti, 2001)

# Disturbi depressivi - 2

- Equazione inconscia: “se non serve a recuperare l’amore, non vale la pena di impegnarsi in nulla”
- Percezione di sé: incapace, morbosamente debole, sconfitto
- Bambino probabilmente esposto ad una “glaciale distanza affettiva”

(Fonte: Liotti, 2001)



# Disturbi depressivi - 3

- Il contributo di Bowlby: a) analogie tra i soggetti depressi e i bambini che avevano perso la madre o una figura di attaccamento importante; b) fasi del lutto (protesta da perdita, disperazione, distacco); 3) madri respingenti (rifiuto, scarsi contatti fisici, spinta al successo, rabbia disregolata, espressioni facciali rigide; 4) se i bambini cercano protezione saranno rifiutati

# Disturbi depressivi - 4

(Segue Bowlby)

Esperienze infantili: a) perdita reale (lutto o assenza) di un genitore durante l'infanzia; b) punizioni fisiche; c) ritiro affettivo; d) induzione di vergogna/colpa.

Conclusioni : “Non sono degno di essere amato”; “Sono amato solo se sono molto bravo”

# Disturbi depressivi - 5

- Il contributo di Beck: a) triade cognitiva (visione negativa di sé, del mondo, del futuro); b) distorsioni cognitive, ovvero errori di elaborazione del pensiero, in particolare: pensiero dicotomico; c) il metodo socratico (ironia e maieutica); d) modificazione delle implicazioni; e) riorganizzazione delle idee sul futuro.

# Disturbi depressivi - 6

- Il contributo di Gilbert: a) schemi depressivi (approvazione, rendimento, valore personale, auto-efficacia/intrappolamento, affetto, potere); b) atteggiamento/relazione verso di sé: ostile e ipercritico con auto-giudizi negativi come fiacco, cattivo, incompetente; c) modalità interpersonali (confermano o amplificano gli schemi).

# Esempio clinico

## Disturbi Depressivi

- Depressione unipolare
- Depressione bipolare
- Interazione con la terapia psicofarmacologica
- Ricerca di senso
- Inutilità degli sforzi
- Impegno in settori diversi dall'amore con l'aspettativa di essere amati
- Dinamiche relazionali di coppia ricorrenti

# Procedure specifiche: depressione

- Senso di inutilità e di impegno gravoso
- Recupero di ricordi di forza nella propria storia passata
- Identificazione del “senso” dell’esistenza e delle esperienze
- Focalizzazione sul qui-ed-ora disimprigionando dal presente e dal futuro
- “Compassion” verso se stessi

# I dilemmi del terapeuta

- Come coinvolgere il paziente depresso
- Eventuale terapia farmacologica
- La struttura familiare e la tela di Penelope
- Rischi di suicidio e comportamenti parasuicidari
- Co-morbilità con disturbi di personalità
- Cicli interpersonali ricorrenti

# Conclusioni sul trattamento della depressione

- Supporto sociale
- Relazioni paritarie
- Affrancarsi dalla propria storia
- Pensieri automatici e sistema agonistico
- Umore e malumore
- Ciclo di vita
- Auto-accudimento



# Disturbi fobici

- Ipotesi sul valore evolutivo: Protezione dal pericolo
- Livello centrale: Conflitto tra libertà/solitudine e compagnia/oppresione
- Attenzione corporea: Respiro, petto, cuore
- Stati d'animo: paura, ansia, allarme, preoccupazione "impressionistica"
- Attaccamento: ansioso-resistente
- Sistema familiare: Iperprotezione, limitazione, intrusività
- Preoccupazione: agonia solitaria senza fine
- Frasi: "Ho paura", "E se poi...", "Se sono solo/a ho bisogno di aiuto" (Aquilar & Del Castello, 1998; Aquilar, 2012)

# Nel DSM-5-TR (2023)

- Nel DSM-5-TR i disturbi fobici sono inseriti nel capitolo Disturbi d'ansia, fra i quali sono descritti i seguenti:
- Disturbo d'ansia da separazione
- Fobia specifica
- Disturbo d'ansia sociale
- Disturbo di panico
- Agorafobia
- Disturbo d'ansia generalizzata

# Libri in italiano da consultare

- Aquilar F., Del Castello E. (1998), a cura di, Psicoterapia delle fobie e del panico. Comportamento, convinzioni, attaccamento, relazioni intime, livelli di coscienza, Franco Angeli, Milano.
- Hawton K., Salkovskis P.M., Kirk J., Clark D.M. (2016), Manuale di terapia cognitivo-comportamentale, Fioriti, Roma.
- Sanavio E., Sanavio F. (2019), Attacchi e disturbo di panico, Hogrefe, Firenze.
- Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G.M. (2006), a cura di, Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento, Cortina, Milano.

# Protocolli CBT classici per i disturbi d'ansia

- Agorafobia: esposizione graduale «in vivo» in diverse varianti; ristrutturazione cognitiva; auto-osservazione guidata di complessità articolata secondo diversi protocolli (ABC di Ellis; ESCA di Beck; Moviola di Guidano; CEMPA di Liotti; SEMPRE di Aquilar)
- Fobie specifiche: desensibilizzazione sistematica; esposizione graduata «in vivo» (Isaac Marks), applied relaxation con coping skills (Lars-Goran Ost)
- Fobia sociale: esposizione in vivo, eliminazione dei comportamenti protettivi e/o di evitamento; flooding nell'immaginazione; incremento delle funzioni metacognitive (identificazione, decentramento, differenziazione, integrazione, mastery)
- Paura da esame: modificazione guidata nella focalizzazione dell'attenzione e ristrutturazione cognitiva dei processi rimuginativi che interferiscono con la prestazione
- Panico e attacchi di panico: psicoeducazione, modificazione convinzioni catastrofiche, «esperimenti comportamentali» guidati, training di respirazione e di rilassamento, esercizi enterocettivi (es. ruotare la testa, mettere la testa tra le ginocchia, trattenere il respiro, iperventilare, fissare una luce intensa, saltare o accucciarsi, indossare abiti pesanti in estate, indossare un abito con un colletto stretto, ecc...)

# Metodi generali - 1

- Ascolto empatico
- Teoria dell'attaccamento e base sicura
- Riconoscere le emozioni
- Conflitto tra programmi
- Sistemi motivazionali interpersonali
- Funzioni metarappresentazionali
- Metacognizione: autoriflessività, comprensione della mente altrui, mastery

## Metodi generali - 2

- Ironia e maieutica: il metodo socratico di Beck
- Ristrutturazione razionale sistematica: il metodo di Ellis
- Desensibilizzazione sistematica e flooding
- Self-instructional training
- Stress inoculation training

# Metodi generali - 3

- Desensibilizzazione in vivo: fuori dallo studio insieme (overt e covert)
- Tecniche di rilassamento e respirazione
- L'occhio della mente: il metodo di Lazarus
- Ipnosi cognitiva
- Metafore terapeutiche: racconti
- Auto-disvelamento dello psicoterapeuta

# Metodi generali - 4

- Terapia della padronanza guidata: il metodo di Williams sulla teoria di Bandura
- Disorientare il panico
- Magliette psicoterapeutiche
- Tecniche di arte-terapia
- Tecniche di gruppo
- Un supporto: il gruppo di auto-aiuto



## Esempio clinico

### Disturbi Fobici

- Amore, paura e paura dell'amore
- Paura dell'abbandono e della solitudine
- Paura dei malesseri improvvisi
- Controlli incrociati reciproci
- Infedeltà nel pensiero e nell'azione
- Sincerità e menzogne difensive
- Bassa consapevolezza emozionale
- Paura preponderante

# La resistenza al cambiamento

- Organizzazioni miste
- Disturbi di personalità
- Disturbi dissociativi
- Fattori relazionali-familiari
- Vantaggi secondari
- Lealtà invisibili
- Paura di perdere l'identità
- Traumi nascosti

# Ricadute e regressioni

- La delusione fobica
- Lutti
- Malattie personali e/o familiari
- Problemi di attaccamento romantico
- Tradimenti
- Lavoro e carriera
- Fasi del ciclo di vita

# Procedure specifiche: fobie e panico

- Visualizzazione delle proprie esplorazioni prima dell'esordio della sintomatologia
- Considerazione delle eventuali eccezioni vissute dopo l'esordio della sintomatologia
- La paura della paura alla luce delle paure infantili fisiologiche
- “Film del terrore” e presa di distanze
- Feed-forward
- Enfaticizzazione dello stato corporeo di rilassamento

# Disturbi di personalità: Testi in italiano da consultare

- Aquilar F., Galluccio M. (2009), Negoziazioni interpersonali, in: Idd. La negoziazione internazionale come processo psicologico, Franco Angeli, Milano.
- Beck A.T., Davis D.D. Freeman A. (2021), Terapia cognitiva dei disturbi di personalità Terza edizione, Cortina, Milano.
- Carcione A., Nicolò G., Semerari A. (2016), a cura di, Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità, Laterza, Roma-Bari.
- Diamond D., Yeomans F.E., Stern B.L., Kernberg O. (2023), Il trattamento del narcisismo patologico, Cortina, Milano
- Dimaggio G., Semerari A. (2003), a cura di, I disturbi di personalità. Modelli e trattamento, Laterza, Roma-Bari
- Linehan M. (2015), DBT Skills Training. 1. Manuale; 2. Schede e fogli di lavoro, Cortina, Milano.
- Liotti G., Farina B. (2011), Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa, Cortina, Milano.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. (2018), Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi di personalità, Erickson, Trento.

# Disturbo evitante di personalità

- Ha paura del giudizio negativo e del rifiuto; crede di essere difettoso/a o inferiore; nel processo di negoziazione interpersonale sottostima la propria posizione, per cui vive la negoziazione come una possibile ennesima esperienza fallimentare. Di conseguenza, tende ad evitare la negoziazione (Leahy, 2011).
- Senso di non condivisione e appartenenza dolorosa con disfunzioni di monitoraggio e decentramento (-> evitare di evitare) (Procacci, Petrilli e Dimaggio, in Dimaggio e Semerari, 2003)

# Difficoltà specifiche con il Disturbo Evitante

- Terapia individuale con il partner del paziente evitante
- Il dolore di non appartenere
- Collusioni nascoste di coppia
- Nebulosità degli obiettivi
- Emozioni di rabbia, invidia, disprezzo, isolamento, vendetta

# Disturbo dipendente di personalità

- Teme l'abbandono e crede di essere incapace di prendersi cura di sé senza il supporto di un individuo che reputa più forte o più saggio.
- Non riconosce le potenzialità di cui dispone.
- Ha difficoltà ad affermare sé stesso nella negoziazione interpersonale;
- Vive la negoziazione come minacciosa o come un'opportunità per ricevere concessioni ai propri bisogni (Leahy, 2011, in: Aquilar & Galluccio)



# Difficoltà specifiche con il Disturbo Dipendente

- Compiacenza apparente verso il terapeuta
- Impossibilità di sviluppare l'autonomia
- Stati mentali problematici ricorrenti
- Si offre per compiti sgradevoli
- Aspettative di riconoscimento e di risarcimento
- Le funzioni dell'ascesa culturale e sociale
- La riduzione delle aspettative irrealistiche

# Disturbo istrionico di personalità

- Vede la negoziazione interpersonale come una specie di psicodramma
  - Tenta di sedurre e/o di impressionare la controparte
  - In tal modo, rischia di perdere credibilità e sovente la perde
  - Gioca molto utilizzando (e amplificando) le emozioni
  - Utilizza poco razionalità e fatti
- (Leahy, 2011, in: Aquilar & Galluccio).

# Difficoltà specifiche con il Disturbo Istrionico

- Tutto è drammatico ma niente è serio
- Necessità di seduzione coatta
- Amplificazione senza controllo degli stati emotivi
- Qualità specifiche dell'idealizzazione e della svalutazione propria e altrui
- Sensibilità al giudizio con caratteristiche specifiche

# Disturbo borderline di personalità

- La persona è caratterizzata da eccessive richieste di validazione, con pensiero dicotomico e disregolazione emozionale;
- Si avvicina alla negoziazione interpersonale come a qualcosa di invalidante e si sente oppressa, manipolata e respinta nel processo di negoziazione
- Le emozioni, fuse e confuse, annullano il compromesso, arrivando a forme di minaccia aggressiva o di ritiro infruttuoso dal processo negoziale

(Leahy, 2011; Aquilar, 2012, 2013)

# Difficoltà specifiche con il Disturbo Borderline

- Stati mentali problematici ricorrenti
- Dignità e indegnità
- Rappresentazione di sé, degli altri e del mondo continuamente e “inaspettatamente” cangiante
- Ridotte funzioni metacognitive
- Oscillazioni dell'autostima
- Senso di vuoto e comportamenti parasuicidari

# Disturbo di personalità ossessivo-compulsivo

- Focalizza l'attenzione sui dettagli minuziosi di ogni accordo, perdendo la visione d'insieme;
- Non riesce a comprendere che l'interlocutore può avere schemi personali e bisogni emozionali propri e diversi. Di conseguenza, non esplora i significati personali che l'altro porta nella negoziazione.
- E' difficile empatizzare e validare per l'interlocutore, per cui il soggetto tende a sentirsi sistematicamente respinto, senza capirne il motivo
- I bisogni dell'altro possono essere visti come confusi, fuori dal compito, segno d'immaturità o semplicemente "assurdi"

(Leahy, 2011)

# Difficoltà specifiche con il DOCP

- Incomprensione ricorrente del significato globale delle sequenze comunicative, incluse quelle della psicoterapia
- Prevenzioni e bias negativi continuamente attivi
- “C’è sempre una soluzione giusta, esatta e perfetta per ogni problema umano ed è una catastrofe se non la si trova” (A.Ellis)

# Disturbo narcisistico di personalità

- Pensa di essere una persona superiore, “entitled” (titolata, che ha il diritto di, cui è dovuto particolare rispetto, con le credenziali adatte)
- Ha schemi di rigidità morale e di controllo, che possono interferire con il processo di negoziazione interpersonale.
- La perdita del rispetto dell’altro può condurre a strategie vendicative e/o minacciose.
- Manca della flessibilità necessaria e di compromesso funzionale

(Leahy, 2011; Aquilar e Galluccio, 2009, 2011).



# Difficoltà specifiche con il Disturbo Narcisistico

- Coppie tipiche: narcisisti e dipendenti
- La rabbia del terapeuta verso i narcisisti
- Soddisfare il narcisismo fisiologico
- Comportamenti agonistici rituali e definizioni del rango
- Utilizzare le aspettative narcisistiche per migliorare le negoziazioni interpersonali
- Dal narcisismo alla sana “vanità”

# Disturbo paranoide di personalità

- Stato sospettoso
- Stato di ira funesta
- Stato astenico
- Stato di minaccia/umiliazione
- Disfunzioni di decentramento e differenziazione
- Sospettosità, Allarme, Esclusione dal gruppo, Solitudine, Abbattimento, Ritiro
- L'altro si irrita o diventa diffidente
- Ciclo interpersonale sospettoso-irritante
- Ciclo interpersonale aggressivo (Nicolò e Nobile, in Dimaggio e Semerari, 2003; Aquilar e Galluccio, 2009)

# Difficoltà specifiche con il Disturbo Paranoide

- La regola del sospetto
- Sincerità, affidabilità e fedeltà
- Il metodo ESCA di Beck: Altre Interpretazioni Possibili
- Ironia e maieutica
- Le funzioni positive del partner paranoide
- Le funzioni positive della struttura paranoide
- Disturbo paranoide come strumento adattivo

# Eccesso di autocritica

- Paul Gilbert (2005, 2009) considera l'autocritica come una forma di relazione interna tra sé e sé, nella quale una parte di sé (ostile-dominante) attacca e biasima l'altra parte di sé (sottomessa-impaurita), concordando con gli attacchi auto-inflitti e confermando una visione di sé negativa (persona debole, stupida, incompetente, ecc..).
- Le persone troppo autocritiche possono avere una relazione tra sé-e-sé collegata a memorie di altri che sono stati ostili, trascuranti e biasimanti

# Le funzioni metacognitive

- Identificazione
- Decentramento
- Differenziazione
- Integrazione
- Mastery

(Dimaggio & Semerari, 2003; Dimaggio et al., 2007; 2011)

# Forme di metacognizione

- Metacognizione generale: il complesso di regole sulle quali si struttura il pensiero di ciascuno
- Metacognizione interpersonale: autoriflessività, comprensione della mente altrui, mastery
- Metacognizione attributiva: abilità di attribuire a se stessi credenze e desideri, per spiegare e giustificare azioni ed esperienze.
- Metacognizione strategica: abilità di monitorare e controllare le attività mentali in corso

(Wells, 2003; Dimaggio et al. 2003, 2007, 2011; Semerari, 2010)

# Vocabolario delle emozioni e significati psicobiologici

- Felicità: *presenza di o armonia con* persona amata
  - Tristezza: perdita di persona amata o di parti amate di sé (es. autostima)
  - Rabbia: presenza di competitore
  - Paura: presenza di pericolo (reale o immaginario)
  - Disgusto: presenza di entità nociva
  - Sorpresa: brusco passaggio da un'emozione all'altra
  - Colpa: responsabilità negativa verso qualcuno
  - Vergogna: senso di inadeguatezza e timore di esclusione
- (Aquilar, 2000, 2012, 2013; Gilbert, 2005, 2009)

# Intelligenza emotiva

- 1) Percepire le emozioni
- 2) Utilizzare le emozioni per facilitare il pensiero
- 3) Comprendere le emozioni
- 4) Gestire le emozioni

(Salovey et al., 2004; cfr. anche: Aquilar e Pugliese, 2011)



# Percepire le emozioni nel dialogo terapeutico

- Capacità di identificare un'emozione in sé stessi
- Capacità di identificare un'emozione negli altri, anche indirettamente (in un romanzo o in un film)
- Capacità di esprimere correttamente le emozioni e i bisogni emotivi
- Capacità di esprimere la differenza tra emozioni genuine e meno genuine (espressioni facciali, linguaggio nonverbale, contestualizzazione, incongruenze, ecc..)

(Salovey et al., 2004; cfr. anche Aquilar e Pugliese, 2011)

# Utilizzare le emozioni per facilitare il pensiero

- Capacità di dirigere il pensiero sulla base delle emozioni
- Capacità di immaginare le emozioni per ricordare e dare giudizi
- Capacità di servirsi dello stato d'animo per valutare punti di vista diversi
- Capacità di utilizzare le emozioni per favorire la creatività e risolvere problemi

(Salovey et al., 2004; cfr. anche Aquilar e Pugliese, 2011)

# Comprendere le emozioni e le loro dinamiche

- Capacità di capire come un'emozione ci può collegare agli altri
- Capacità di conoscere come sono originate le emozioni e che cosa possono provocare
- Capacità di capire (e differenziare) combinazioni di emozioni diverse
- Capacità di capire come un'emozione può trasformarsi in un'altra (*amore romantico*)

(Salovey et al., 2004; cfr. anche Aquilar e Pugliese, 2011)

# Riorganizzare le emozioni in psicoterapia

- Capacità di aprirsi alle emozioni, sia piacevoli che spiacevoli
- Capacità di seguire il corso delle proprie emozioni e riflettere su di esse
- Capacità di coinvolgersi in uno stato emotivo, prolungarlo o distaccarsene
- Capacità di governare le proprie emozioni
- Capacità di far fronte alle emozioni altrui

(Salovey et. al. 2004; cfr. anche Aquilar e Pugliese, 2011)

# Incrementare la competenza emotiva nel dialogo terapeutico - 1

1. Consapevolezza delle proprie emozioni (con emozioni multiple, emozioni inconsapevoli e processi di attenzione e memoria selettiva)
2. Discernimento e comprensione delle emozioni degli altri (stesso livello di complessità)
3. Vocabolario adeguato delle emozioni e della loro espressione-comunicazione intenzionale
4. Coinvolgimento empatico nelle emozioni altrui

(Saarni, 1999; 2011; cfr. anche: Aquilar & Galluccio, 2009, 2011)

# Incrementare la competenza emotiva nel dialogo terapeutico - 2

5. Differenziare l'esperienza emotiva soggettiva interna dall'espressione emotiva esterna
6. Far fronte, e adattarsi, alle emozioni avverse e alle circostanze dolorose
7. Consapevolezza della comunicazione emotiva all'interno delle relazioni
8. Auto-efficacia emotiva (esercitare padronanza sul proprio comportamento tenendo presenti le emozioni e integrandole col senso morale)

(Saarni, 1999; 2011; cfr. anche: Aquilar & Galluccio, 2009, 2011)

# Schemi personali ricorrenti

- Ogni disturbo psicopatologico tende a presentare schemi personali ricorrenti, con implicazioni sulla vita di coppia
- Ogni disturbo di personalità appare caratterizzato da schemi personali ricorrenti riguardanti sé e gli altri (Beck et al., 2003; 2014); inoltre appaiono presenti disfunzioni metacognitive specifiche in ogni disturbo (Dimaggio & Semerari, 2003; Dimaggio et al., 2007, 2011)
- Ogni individuo può disporre di schemi che “attraversano” i disturbi di personalità (Leahy, 2011, in: Aquilar & Galluccio)

# Intervento clinico

- Gestione del tempo in seduta: 15': Check (andamento relazione: intensità, frequenza, durata di episodi conflittuali o piacevoli); 30': Lavoro attivo; 15': Ratifica, homework, eventuali istruzioni comportamentali
- Validazione, contenimento e problem solving di I livello
- Integrazione su un piano sovraordinato motivazionale e metarappresentazionale ("memoria integrativa")
- Riduzione dei fraintendimenti comunicativi e delle aspettative irrealistiche



# Disciplina interiore del terapeuta

- Attenzione a non entrare nel ciclo interpersonale
- Attenzione alle emozioni del terapeuta perché danno informazioni sui sistemi motivazionali attivati nei pazienti
- Monitoraggio delle possibili interferenze derivanti dalle esperienze personali del terapeuta.
- Supervisioni o intervisioni ricorrenti di gruppo.

# Testi in italiano sull'ipnosi in psicoterapia cognitiva

- Aquilar F. (2015), *Casi speciali: l'ipnosi in psicoterapia cognitivo-comportamentale*, in: Aquilar F., a cura di, *Parlare d'amore. Psicologia e psicoterapia cognitiva delle relazioni intime*, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F. (2017), *Psicoterapia cognitiva delle memorie problematiche con e senza ipnosi*, in: Aquilar F., Pugliese M.P., a cura di, *Condividere i ricordi. Psicoterapia cognitiva e funzioni della memoria*, Franco Angeli, Milano.
- Casilli C. (2017), *L'esperienza ipnotica in psicoterapia, Manuale pratico di ipnoterapia cognitiva*, Alpes, Roma.
- Del Castello E., Casilli C. (2016), *L'induzione ipnotica. Manuale pratico*, Franco Angeli, Milano.

# Ipnosi cognitiva

- L'ipnosi cognitiva è un particolare utilizzo della trance ipnotica e delle alterazioni dello stato di coscienza, all'interno di una strategia terapeutica che tiene conto: a) delle organizzazioni di personalità; b) della struttura della conoscenza umana; c) delle emozioni individuali, così come sono state delineate dal moderno cognitivismo clinico, nel contesto della teoria dell'attaccamento (Aquilar, 1998, 2007)

# Ipnosi come tecnica psicoterapeutica

- Induzione ipnotica
- Approfondimento della trance
- Tecniche di utilizzazione
- Tempi
- Progressiva uscita dalla trance
- Commento
- Ratifica
- Verifica rispetto alla singola persona

# Ipnosi cognitiva, compassion e self-compassion

- L'acquisizione di nuove interazioni fra parte di sé ostile-dominante e parte di sé sottomessa-impaurita
- Modificazione dell'emozione di vergogna e della meta-vergogna; modificazione degli auto-attacchi
- Identificazione e modificazione dei processi di autocritica, dismorfofobie incluse
- Riorganizzazione del senso di colpa come protezione dal rischio di tradire o abbandonare l'altro (Gilbert, 2005)

# L'ipnosi nella psicoterapia cognitiva sociale

- Dall'alleanza terapeutica alla relazione terapeutica
- Una rielaborazione della propria storia di attaccamento
- Una forma di auto-perdono
- La ristrutturazione degli stati corporei problematici
- Affrontare insieme a qualcuno i propri fardelli
- Una forma di condivisione sociale delle emozioni (Bernard Rimé, 2005, 2007)

# Ipnosi e disorganizzazione della coscienza

- La presenza di identità multiple
- Processi di integrazione delle diverse parti di sé (sottopersonalità)
- Le alterazioni spontanee dello stato di coscienza
- Lo sviluppo di nuove funzioni della coscienza integrata
- Riorganizzare il rapporto con sé stessi e con gli altri significativi

# Conclusioni - 1

- La psicoterapia di area cognitivo-comportamentale attuale presenta numerose versioni, sviluppate negli ultimi anni allo scopo di ridurre la resistenza al cambiamento.
- Nell'ambito dell'approccio cognitivo-comportamentale basato sulla teoria dell'attaccamento di Bowlby, sulla teoria multimotivazionale di Liotti e sul modello cognitivo-sociale appare centrale il ruolo della relazione terapeutica
- Le procedure cognitivo-comportamentali standard rappresentano una base iniziale del trattamento



# Conclusioni - 2

Compito dello psicoterapeuta è mirare alla riduzione dei sintomi psicopatologici, non solo attraverso l'uso di tecniche specifiche cognitivo-comportamentali standard, ma anche:

- Puntando ad aumentare le capacità cognitive, metacognitive, emotive, negoziali, comunicative e metacomunicative di ciascun individuo;
- Armonizzando i sistemi motivazionali interpersonali;
- Riducendo la disorganizzazione dell'attaccamento e la eventuale dissociazione della coscienza;
- Incrementando le abilità metacognitive interpersonali, le abilità sociali e l'intelligenza emotiva.

# Paul Eluard: Non verremo alla meta

Non verremo alla meta ad uno ad uno  
ma a due a due. Se ci conosceremo  
a due a due noi ci conosceremo  
tutti, noi ci ameremo tutti e i figli  
un giorno rideranno della leggenda nera  
dove un uomo lacrima in solitudine

*Nous n'irons plus au but un par un mais par deux.*

*Nous connaissant par deux nous nous connaissons tous*

*Nous nous aimerons tous et nos enfants riront*

*De la légende noir où pleure un solitaire.*

(Da «Le dur désir de durer», 1946, trad. di Franco Fortini)